



Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Ciências Humanas – IH

Departamento de Serviço Social – SER

Thaís Resende Ibituruna

Análise das fichas de notificação de violência autoprovocada entre jovens (de 10 a 24 anos) registradas em um hospital terciário do Distrito Federal no período de janeiro de 2017 a maio de 2018

Brasília - 2019

Thaís Resende Ibituruna

Análise das fichas de notificação de violência autoprovocada entre jovens (de 10 a 24 anos) registradas em um hospital terciário do Distrito Federal no período de janeiro de 2017 a maio de 2018

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social, na Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de graduação em Serviço Social. Sob a orientação da Professora Doutora Livia Barbosa Pereira.

Brasília – 2019

Thaís Resende Ibituruna

Análise das fichas de notificação de violência autoprovocada entre jovens (de 10 a 24 anos) registradas em um hospital terciário do Distrito Federal no período de janeiro de 2017 a maio de 2018

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social, na Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de graduação.

Brasília, 26 de agosto de 2019

Lívia Barbosa Pereira

Professora - Orientadora
Doutora em Política Social

Bruna Angela Rodrigues

Mestre em Política Social

Letícia Maria Ferreira

Bacharel em Serviço Social

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desse Trabalho de Conclusão de Curso.

À minha orientadora Livia Barbosa Pereira, pelas orientações, pela ajuda, incentivos, correções e pelo tempo dedicado à mim e à elaboração deste trabalho.

À assistente social Letícia Maria Ferreira, que me supervisionou durante o meu estágio no Hospital Universitário de Brasília - HUB e no Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – IHBDF, me ajudando com a escolha do tema e me dando todo o apoio necessário para a elaboração, coleta e análise de dados.

Aos meus colegas de curso e de encontros com a orientadora, por seus comentários, indicações, e por terem compartilhado materiais para a realização do mesmo.

Ao meu irmão Paulo Fernando Vasconcelos Ibituruna, pelas correções, ajustes e toda ajuda direcionada ao trabalho. Ao Matheus Autran de Ávila e Silva pela ajuda com a elaboração dos gráficos.

À todos que leram e dedicaram seu tempo com contribuições para a elaboração do mesmo.

“Não é a consciência do homem que lhe determina o ser, mas, ao contrário, o seu ser social que lhe determina a consciência.”

Karl Marx

RESUMO

A violência se faz uma realidade presente na sociedade humana há milhares de anos, desde os primeiros relatos da humanidade há indícios das mais diversas formas de violência sendo praticadas ao longo dos anos no mundo todo. Embora a saúde não seja responsável pelo advento da violência, o setor de saúde é visto como estratégico pela identificação prévia de sinais e sintomas indicativos de violências, tais como a violência autoprovocada, que será objeto de análise e estudo deste trabalho. A violência autoprovocada é a violência que o indivíduo comete a si mesmo, é compreendida por autoagressões e comportamento suicida, ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídios. A análise desses casos notificados serão feitos por meio das fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, abordando os casos e tentativas de suicídio (violência autoprovocada), entre jovens de 10 a 24 anos, que foram notificados no Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF no período de janeiro de 2017 a maio de 2018.

Palavras-chave: Suicídio; violência autoprovocada; IHBDF; Ficha de Notificação de Violência; jovens.

ABSTRACT

Violence has been a present reality in human society for thousands of years, since the earliest reports of humanity there are indications of the most diverse forms of violence being practiced over the years throughout the world. Although health is not responsible for the advent of violence, the health sector is seen as strategic by the prior identification of signs and symptoms indicative of violence, such as self-inflicted violence, which will be the object of analysis and study of this work. Self-inflicted violence is the violence that the self commits itself, is understood by self-harm and suicidal behavior, suicidal ideation, suicide attempts and suicides. The analysis of these notified cases will be done through the SINAN Information System files, addressing the cases and attempts of suicide (self-inflicted violence), among young people aged 10 to 24 years, who were notified at the Instituto de Base of the Federal District - IHBDF from January 2017 to May 2018.

Key Words: Suicide; self-harm violence; IHBDF; Notification Sheet of Violence; youth.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CT	Conselho Tutelar
CVV	Centro de Valorização da Vida
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IHBDF	Instituto Hospital de Base do Distrito Federal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância e Saúde
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. VIOLÊNCIA.....	14
2.1 TIPOS DE VIOLÊNCIA.....	17
2.2 VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA	21
2.3 FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	25
3. ANÁLISE DOS DADOS.....	30
4. CONCLUSÃO.....	45
5. REFERÊNCIAS.....	46
6. ANEXOS.....	52

1. INTRODUÇÃO

O fenômeno da violência, devido a sua complexidade e multiplicidade de formas e causas, apresenta uma considerável dimensão epidemiológica e configura-se em um problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde - OMS estabelece uma tipologia de três grandes grupos de violências, segundo quem comete o ato violento: violência contra si mesmo (autoprovocada ou autoinfligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias) (SVS/MS, 2016). A violência autoprovocada¹ será objeto de análise e estudo deste trabalho.

A violência como um problema de saúde pública, torna sua notificação fundamental para a vigilância epidemiológica e para a definição de políticas públicas de prevenção e promoção de saúde. Dentre os tipos de violência que são notificadas pelas fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, este trabalho mostra uma análise das fichas de notificação de violência autoprovocada entre jovens de 10 a 24 anos, registradas, que foram notificados no Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF no período de janeiro de 2017 a maio de 2018.

O SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças compulsórias (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017, anexo V - Capítulo I). Mediante sua utilização efetiva é possível realizar um diagnóstico de ocorrências de determinados eventos na população, contribuindo para o reconhecimento da realidade epidemiológica de determinada área geográfica, permitindo, assim, que possa ser fornecido recursos necessários para que seja reduzida a incidência das notificações.

De acordo com o instrutivo VIVA (2017), o seu uso sistemático permite que todos os profissionais de saúde tenham acesso às informações e as tornem disponíveis para a comunidade, sendo um relevante instrumento para auxiliar o planejamento da saúde e política. Toda informação passada às Unidades de Saúde é valorizada para

¹ A **violência autoprovocada**/autoinfligida compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios.

que seja adotada as devidas medidas de intervenção.

Para que cheguem as devidas informações ao SINAN, são necessárias as fichas de notificação, instrumental utilizado para notificar qualquer tipo de violência encontrado nas Instituições de Saúde, educação e assistência social, sendo possível a realização desse procedimento através de qualquer profissional da área de saúde. Dessa forma, para o presente trabalho, serão analisadas as citadas fichas de violência autoprovocada preenchidas no IHBDF.

O IHBDF atende a população do Distrito Federal, entorno e estados circunvizinhos para procedimentos de alta complexidade em nível ambulatorial, hospitalar e de emergência, distribuídas em especialidades clínicas, cirúrgicas, diagnósticas, assistência multidisciplinar e enfermagem. Atende, como campo de estágio, vários convênios da Secretaria de Saúde com Instituições de Ensino Superior e Médio, recebendo em suas dependências estudantes de cursos de enfermagem, nutrição, fisioterapia, odontologia, serviço social, psicologia, medicina entre outros. (Histórico, Instituto Hospital de Base do Distrito Federal/ internet, 2018).

No hospital, o assistente social ocupa-se, como uma de suas intervenções profissionais, da tarefa de promover ações que assegurem direitos dos pacientes em tratamento especializado, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a contribuir para a viabilização do acesso às políticas sociais e institucionais. Para sua atuação e intervenção, as demandas identificadas estão quase sempre relacionadas às questões de saúde, por estar inserida em uma instituição hospitalar. Os assistentes sociais, dentre os profissionais da saúde do IHBDF, são os que mais preenchem as fichas de notificação de violência, assumindo, dessa forma, a responsabilidade no IHBDF pela computação dos dados para registros e estatísticas, antes das fichas serem encaminhadas aos órgãos competentes.

Há casos em que se deve, além de notificar, encaminhar para outros serviços: em casos de violência contra crianças e adolescentes, deve-se encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar – CT), de acordo com a Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA). De acordo com o ECA (BRASIL, 2001), é definido como criança a faixa etária de 0 a 11 anos e adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos, já o MS adota a faixa etária definida pela OMS (2008), sendo criança a faixa etária de 0 a

9 anos e adolescentes de 10 a 19 anos. O SINAN segue os padrões do Ministério da Saúde - MS, e, para a análise de dados deste trabalho de conclusão de curso, foram utilizadas fichas de jovens adolescentes (10 a 19 anos) e jovens (20 a 24 anos).

Segundo Fontes (FONTES, 2000), Durkheim diz que suicídio é "todo caso de morte provocado direta ou indiretamente por um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima e que ela sabia que devia provocar esse resultado". Em sua teoria sobre o suicídio ele partia da ideia que o ato estava relacionado a fatores sociais, tais como religião, estado civil, profissão, família, educação e ambiente em que a pessoa vive. Chegou à conclusão que tinha relação com a sociedade e o ambiente onde o indivíduo está inserido, mostrando ser algo social, e não apenas individual. Sendo também um dos assuntos abordados pelo serviço social no hospital, devido à essa visão ampla dos fatores que influenciam no suicídio, o que despertou o meu interesse, enquanto estagiária, da elaboração do presente trabalho.

O tema suicídio foi escolhido, como tema para este trabalho, por ser um assunto considerado um tabu para muitas pessoas e pouco discutido, sendo abordado, muitas vezes, apenas quando algum caso chega à mídia ou popularmente próximo ao mês de setembro (setembro amarelo²). Um ponto a se destacar, é que não é um fato recente, que acontece apenas na modernidade, é relatado há séculos, porém atualmente com a difusão de conteúdo via internet ou outros mecanismos, o assunto se tornou mais aberto ao público e à conversas sobre este.

Segundo a OMS, cerca de 90% dos suicídios poderiam ser prevenidos, e que não falar sobre o assunto pode ter efeito tão negativo quanto falar do mesmo de forma inadequada, em busca de falar sem promover o ato, a conduta a ser tomada é abordar o tema sem divulgar métodos e sem apontar o suicídio como solução para os problemas e oferecendo ajuda a quem precisa.

Desse modo, a partir do interesse despertado sobre o assunto e de uma experiência de estágio realizado na área da saúde, durante o curso de Serviço Social, foi desenvolvido o presente Projeto de Trabalho e Conclusão de Curso, com o intuito

² **Setembro Amarelo** é uma campanha de conscientização sobre prevenção do suicídio, com o objetivo direto de alertar a população a respeito da realidade do suicídio no Brasil e no mundo e suas formas de prevenção. Ocorre no mês de setembro, desde 2015, por meio de identificação de locais públicos e particulares utilizando a cor amarela e ampla divulgação de informações.

de analisar as fichas de notificação de tentativas e óbitos por suicídio e sua incidência em jovens.

O presente projeto retrata um estudo quantitativo com análises qualitativas colhidas e de série temporal. Foram utilizadas as bases de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação para análise dos casos de tentativas de suicídios e óbitos por suicídio, entre jovens, notificados no Instituto Hospital de Base em Brasília – Distrito Federal, no período de janeiro de 2017 a maio de 2018³. Estudo retrospectivo teve como princípio a coleta de dados, para depois sua criação e análise do perfil dos casos. O delineamento para o estudo se deu por meio de levantamento bibliográfico de literatura (artigos acadêmicos, leis, documentos eletrônicos, pesquisas realizadas, gráficos, instrumentais disponíveis, dentre outros) e em pesquisa e coleta de dados, em campo, nas fichas de notificação de violência preenchidas.

Para a execução dessas análises, utilizou-se o censo de 142 fichas preenchidas de notificação de violência, dentre elas 38 foram de violência autoprovocada (suicídio). Dessas 38 fichas 20 eram de jovens (faixa etária de 10 a 24 anos), que foram o objeto de análise deste trabalho.

Os dados foram coletados por meio do Google Forms — editor de documentos que permite a criação de formulários e registrar os dados fornecidos, transformando-os em gráficos estatísticos. No IHBDF, foram registrados formulários com os dados das fichas de notificação de violência preenchidas, que chegam ao serviço social e o núcleo de serviço social fica responsável de passar os dados das fichas físicas para esse formulário online, para que a partir daí tenham-se dados estatísticos.

O primeiro capítulo apresenta um referencial teórico sobre o tema, abordando, acerca da violência, sua tipologia, violência autoprovocada e o funcionamento das fichas de notificação. O Segundo capítulo trata-se da análise e exposição dos dados coletados das fichas de notificação, no intervalo de tempo retratado (2017 – 2018).

³ Período da realização de estágio em Serviço Social e acompanhamento do preenchimento das fichas de notificação de violência.

2. VIOLÊNCIA

A violência se faz uma realidade presente na sociedade humana há milhares de anos, desde os primeiros relatos da humanidade há indícios das mais diversas formas de violência sendo praticadas ao longo dos anos no mundo todo e não se limita apenas a uma classe social, uma cultura, fatores econômicos ou políticos, dentre outros, de acordo com Minayo (2006) em sua origem e manifestações, é um fenômeno sócio-histórico presente das mais diversas formas, em toda experiência da humanidade. Devido esta complexidade e da multiplicidade de formas sob as quais ela pode se apresentar que torna sua conceituação tão complexa e polêmica. De acordo com a OMS:

Considera-se violência o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (KRUG et al, 2002)

Seu impacto é visível de várias formas em todo o mundo. Desde os primórdios a violência e as doenças infecciosas são as principais causas de morte prematura (OMS, 2003). Mais de um milhão de pessoas todos os anos perdem suas vidas ou sofrem lesões (físicas e/ou psicológicas) não fatais, decorrentes de atos de violência (OMS/Opas, 2002).

Para Coelho et al (2014) a violência pode ser compreendida por inúmeras teorias, sendo entendida como um fenômeno extraclassista e que não participa da história, de cunho universal, que serve como instrumento técnico para reflexão acerca das realidades sociais. Explica, também, o fenômeno com base em suas raízes sociais, como expressão dos efeitos dos acelerados processos de mudança social.

A área da saúde não é a única responsável pelo enfrentamento das situações de violência, no entanto, por afetar a saúde dos indivíduos, foi reconhecida como problema de saúde pública, a partir dos anos 1980 no Brasil, a manifestação desse fenômeno traz consequências impactantes significativamente na qualidade de vida da população, "ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como

realidade ou como possibilidade próxima" (AGUDELO, 1990). Segundo Minayo (2006), se transforma em problema para a área por afetar a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor. Assim, o campo de saúde pública passou a contribuir cada vez mais e com mais intensidade nessa questão, buscando entender as raízes da violência e evitar que ela ocorra.

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...]. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social. (Opas, Violência y Salud, 1994)

Embora a saúde não seja responsável pelo advento da violência, o setor de saúde é visto como estratégico pela identificação prévia de sinais e sintomas indicativos de violências. A atuação qualificada dos profissionais de saúde na notificação de casos de suspeita ou de confirmação é fundamental para que a violência seja inteirada e não siga sendo invisível, naturalizada e tida como inevitável. Desta forma, torna-se imprescindível o preparo desses profissionais tanto para o amparo físico e psicológico, quanto para com sua notificação.

Embora se tenha claro que a área da saúde não participa da sua gênese, em outras palavras, não a cria, não a incrementa nem a desenvolve, é exatamente sobre esse setor que vai recair o maior ônus da violência. As causas externas se constituem hoje, em um indiscutível problema de saúde pública, com efeitos importantes sobre a mortalidade e sobre a morbidade da população. (JORGE; YUNES, 2001, p.116)

De acordo com Minayo, essa sensibilização em relação à importância do tema como pauta para a área da saúde se inicia precursoramente com a questão da violência infantil “Embora existam alguns documentos históricos que mostrem, desde a Antiguidade, uma preocupação da sociedade em regular a subministração de castigos e maus tratos na infância, os primeiros textos que vinculam este tipo de violência com a saúde procedem dos levantamentos de Tardieu, em 1880.” (Minayo, 2006, l. 11, n.p.)

De acordo com a Constituição Federal (1988), artigo 227, as crianças e os

adolescentes são inseridas com absoluta prioridade de proteção para a família, à sociedade e o Estado, segundo Arpini e Cezar (2016), tornam-se responsáveis por mantê-los a salvo mediante qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 reitera a punição, na forma de lei (Lei n. 8.069, art. 5, 1990), qualquer atentado por ação ou omissão, aos direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes, acarretando, responsabilidade aos profissionais da saúde e da educação quanto à comunicação dos casos suspeitos ou comprovados de violência envolvendo a infância e a adolescência.

A todo instante as crianças e adolescentes são vítimas das mais diversas formas de violência. Mesmo com seus direitos assegurados no ECA e na Constituição Federal do Brasil, sendo obrigatória a notificação das agressões que porventura venham a sofrer, os dados epidemiológicos se encontram em uma realidade muito distante do que realmente ocorre com esses jovens. Isso se dá pelo fato de, na maioria das vezes, os casos serem subnotificados.

Os registros de notificação da violência contra as crianças e os adolescentes no Brasil podem ser realizados por meio de diversos mecanismos. A obtenção dos dados de violência é possível nos Conselhos Tutelares, nas Delegacias de Proteção a Crianças e Adolescentes, no Disque 100⁴, nos Hospitais de Urgência e Emergência, no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes e, recentemente, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) por meio do preenchimento da Ficha de notificação individual de violência (MS, 2011). (ARPINI e CEZAR, 2016)

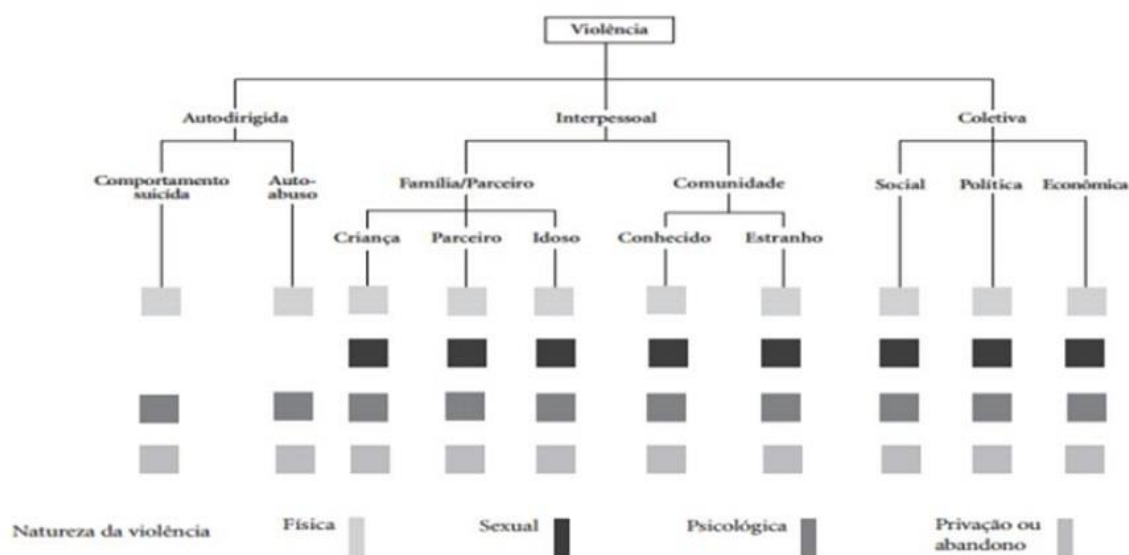
Os impactos da violência no sistema de saúde, na própria saúde da população, e na economia do País requerem do poder público a utilização de estratégias e medidas para seu controle e enfrentamento. O planejamento de intervenções eficazes para que isso ocorra não é possível sem o conhecimento necessário sobre o objeto da ação. Dessa forma, sistemas de informação capazes de produzir conhecimento sobre quem e quantas são as pessoas acometidas pelo problema, onde e quais as suas causas e fatores associados, sua localização, dentre outros, são fundamentais para direcionar a intervenção visando a prevenção além da redução dos riscos e danos.

⁴ **Disque 100** ou Disque Direitos Humanos é um serviço telefônico de recebimento, encaminhamento e monitoramento de denúncias de violação de direitos humanos.

2.1 Tipos de Violência

Ao falar de violência logo se pensa em atos violentos e agressões físicas contra outras pessoas. Mas entende-se a violência como um comportamento conscientemente hostil e intencional que pode causar dano físico, psíquico, jurídico, econômico, social, moral ou sexual, que atua contra a liberdade e o direito da pessoa. Desse modo, a OMS estabelece uma tipologia de três grandes grupos de acordo com quem comete o ato violento e também distinções sobre as naturezas da violência.

Figura1. Tipologia da Violência



FONTE: OMS, 2002.

A tipologia da violência pode ter como base o autor do ato, como:

A violência autoprovocada/autoinfligida compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios. Embora a ideação suicida não seja objeto de notificação no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), requer ações de atenção integral em saúde.

A violência doméstica/intrafamiliar é considerada a que “ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente” (MINAYO, 2006). É toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outra pessoa da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa

por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e que tenham relação de poder. A violência doméstica/intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas, também, às relações em que se constrói e efetua. Esse tipo de violência inclui outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados(as), pessoas que convivem esporadicamente, agregados (BRASIL, 2002).

A violência extrafamiliar/comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos. É praticada por meio de agressão às pessoas, por atentado à sua integridade e vida e/ou a seus bens, e constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública e do sistema de justiça: polícias, Ministério Público e Poder Judiciário. (Ministério da Saúde – SVS/DVDA/DANTPS, 2016)

De acordo com o MS e a SVS (2008), a natureza dos atos violentos podem se manifestar por distintas formas, como por meio de violência física, psicológica, sexual, financeira, intervenção legal, tortura, tráfico humano, negligência/ abandono e trabalho infantil.

A violência física é também chamada de sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico. São atos violentos, nos quais se utiliza a força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Se manifestando de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida) ou ferimentos por arma branca.

A violência psicológica ou moral é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outra pessoa. Compreende toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. No assédio moral é definido por toda ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da pessoa.

A tortura é o ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental com fins de obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa; provocar ação ou omissão de natureza criminosa; em razão de discriminação racial ou religiosa (Lei 9.455/1997). Também pode ser o ato de submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de força ou grave ameaça, provocando intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.

A violência sexual é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrastra, companheiro(a), esposo(a).

O tráfico humano inclui o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer a prostituição, ou trabalho sem remuneração, incluindo o doméstico, escravo ou de servidão, casamento servil ou para a remoção e comercialização de seus órgãos, com emprego ou não de força física. O tráfico de pessoas pode ocorrer dentro de um mesmo país, entre países fronteiriços ou entre diferentes continentes. Toda vez que houver movimento de pessoas por meio de

engano ou coerção, com o fim último de explorá-las, estaremos diante de uma situação de tráfico de pessoas.

A violência financeira/econômica é o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da pessoa atendida/vítima. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar, sendo mais frequente contra as pessoas idosas, mulheres e deficientes. Esse tipo de violência é também conhecida como violência patrimonial.

A negligência/abandono é a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima, como a privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é uma forma extrema de negligência, é o tipo mais comum de violência contra crianças.

O trabalho infantil é o conjunto de ações e atividades desempenhadas por crianças (com valor econômico direto ou indireto) inibindo-as de viver plenamente sua condição de infância e adolescência. Refere-se a qualquer tipo de atividade efetuada por crianças e adolescentes de modo obrigatório, regular, rotineiro, remunerado ou não, em condições por vezes desqualificadas e que põem em risco o seu bem estar físico, psíquico, social e moral, limitando suas condições para um crescimento e desenvolvimento saudável e seguro. A Constituição Federal estabelece a proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a pessoas menores de 18 anos e de qualquer trabalho a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos (artigo 7º, inciso XXXIII). Quando na condição de aprendiz, a atividade laboral deve ocorrer em horários e locais que não impeçam a frequência à escola e não prejudiquem a formação e o adequado desenvolvimento físico, psíquico, moral e social.

A violência por intervenção legal trata-se da intervenção por agente legal público, isto é, representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no exercício

da sua função. Segundo a CID-10, pode ocorrer com o uso de armas de fogo, explosivos, uso de gás, objetos contundentes, empurrão, golpe, murro, podendo resultar em ferimento, agressão, constrangimento e morte. A Lei Federal nº. 4.898/65 define o crime de abuso de autoridade e estabelece as punições para esta prática.

Secretaria de Vigilância em Saúde –
MS/DASIS/CGDANT, 2008.

2.2 Violência autoprovocada

A violência autoprovocada é a violência que o indivíduo comete a si mesmo, é compreendida por autoagressões e comportamento suicida, ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídios (MS, 2016). De acordo com Bahia et al (2017), os comportamentos suicidas não fatais aparecem sob a forma de ideação suicida, quando há pensamentos que acentuam o desejo de acabar com a própria vida e se intensificam à medida que seguem de uma estratégia suicida sobre o método de autoextermínio. As tentativas de suicídio envolvem comportamentos voltados para se ferir com a intenção de tirar a própria vida, resultando em ferimento ou a própria morte, se a tentativa de suicídio resultar em morte, passa a ser definida como suicídio, desse modo, o suicídio é uma violência autoprovocada definido como ato intencional de dar fim à própria vida (CVV, Falando Abertamente, 2017). De acordo com Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) as tentativas de suicídio possuem características idênticas ao suicídio, divergindo apenas quanto ao seu desfecho, não resultando em morte.

Tentativas de suicídio anteriores aumentam o risco de suicídio. Além disso, os factores de risco mais importantes incluem a ideação persistente sobre fazer-se mal e planos definidos e preparações para cometer suicídio. Portanto, os maiores riscos apresentam-se quando um indivíduo tem os meios, a oportunidade, um plano específico para consumir o suicídio, e a falta de algo ou alguém que o detenha. (OMS, 2006; p.6)

Ainda que hajam registros quanto aos óbitos por suicídio, as tentativas de suicídio são, em sua maioria, negligenciadas e quase inexistem registros das mesmas. A falta desses dados torna-se um empecilho para um melhor conhecimento da

realidade e das características dos sujeitos, bem como para o planejamento de serviços que visem diminuir esse cenário.

O suicídio é um feito consciente de autoextermínio, vivenciado por aquele em situação de vulnerabilidade (psicológica, social, humana, entre outras). Nesta conjuntura, o suicídio é fruto da intencionalidade do próprio indivíduo, mas que pode ser influenciado tanto por fatores da própria individualidade do sujeito como por fatores externos sociais. É um dos temas, que se encontraram registros, mais antigos relacionados à saúde dos indivíduos e à forma como são afetados pela sociedades e coletividades nas quais vivem (RIBEIRO e MOREIRA, 2018). Por ser um ato de violência autoprovocada, sua notificação através das fichas do SINAN torna-se necessária.

Suicídio é um gesto de autodestruição, realização do desejo de morrer ou de dar fim à própria vida. Pessoas de todas as idades e classes sociais cometem suicídio. A cada 40 segundos uma pessoa se mata no mundo, totalizando quase um milhão de pessoas todos os anos. Estima-se que de 10 a 20 milhões de pessoas tentam o suicídio a cada ano. (MS/CVV - Falando Abertamente, 2017, p.1)

De acordo com Ribeiro e Moreira (2018), no âmbito de quem analisa por uma perspectiva individual do sujeito, o suicídio é visto como um transtorno da saúde do próprio indivíduo e analisados por profissionais de saúde mental. Para Durkheim (2011), aos que realmente possuem transtornos mentais são casos a serem acompanhados pela psicologia, no entanto, considera que cada sociedade dispõe de problemas sociais e econômicos, que exercem certa pressão sobre os indivíduos, levando à compreensão do suicídio como uma questão pessoal por fatores sociais, que se intensifica nas relações sociais intrinsecamente capitalistas. *“Cada sociedade tem, portanto, em cada momento da sua história, uma aptidão definida para o suicídio”* (DURKHEIM, 1983, p.169), o que explica sua ocorrência de formas distintas nas diversas sociedades e os fatores constantes em cada sociedade, como a faixa etária das vítimas, o número de óbitos e os grupos sociais que atingem.

Desse modo, o suicídio que parte de alguém que sofre de doenças psíquicas e o suicídio de alguém que se encontra com seu poder de escolha, ainda que mentalmente fragilizado, não possuem diferenças, já que ambos têm o mesmo

resultado, ainda que por motivos diferentes. Mas, para Durkheim, existe diferença entre o suicídio de alguém que é incitado devido a doenças mentais e o suicídio de alguém que se encontra em possibilidades mentais de escolha e que, mesmo assim, escolhe voluntariamente tirar a própria vida, já que possuem distintas motivações para a realização do ato.

Visto que o ato de tirar a própria vida não é uma característica reservada apenas ao modo de organização das relações sociais, e sabendo que não é algo particular da sociedade capitalista, de acordo com Marx (2006), é na sociedade capitalista que se encontra constantemente em contradições e que, dentre elas, está o grande aumento do índice de suicídios. Ele classifica o suicídio como sintoma de uma sociedade adoecida, que necessita de uma transformação, e que deve ser definido como algo que demonstre que no sistema capitalista há debilidades as quais levam o indivíduo a renunciar a sua própria existência. Dessa forma, acredita que não se pode reduzir o suicídio a um fato isolado ou um problema pessoal apenas.

Cada indivíduo está isolado dos demais, é um entre milhões, numa espécie de solidão em massa. As pessoas agem entre si como estranhas, numa relação de hostilidade mútua: nessa sociedade de luta e competição impiedosas, de guerra de todos contra todos, somente resta ao indivíduo é ser vítima ou carrasco. Eis, portanto, o contexto social que explica o desespero e o suicídio. A classificação das causas do suicídio é uma classificação dos males da sociedade burguesa moderna. (MARX, 2006, p. 16)

O assunto, por sua complexidade, apesar de haver cada vez mais uma ampliação e exploração, ainda são vistos como tabu por boa parte da população ou tratados de forma inapropriada, levando muitas pessoas e veículos de comunicação a evitar falar a respeito. Segundo o MS (2017) e a OMS (2006), 90% dos suicídios poderiam ser prevenidos, cerca de *“32 brasileiros [são] mortos por dia, taxa superior às vítimas da AIDS e da maioria dos tipos de câncer. Tem sido um mal silencioso, pois as pessoas fogem do assunto e, por medo ou desconhecimento, não veem os sinais de que uma pessoa próxima está com ideias suicidas”* (CVV, 2016, online). Um problema com essa relevância não deve ser negligenciado, o encobrimento de dados e informações e a subnotificação dos casos dificulta a aplicação de meios que minimize esta ação. Com a comunicação adequada é possível abordar o tema de forma responsável e realista, ajudando em sua prevenção.

Mesmo com números crescentes falar sobre a morte ou sobre os motivos

que levaram o indivíduo a atentar contra a própria vida são assuntos que não são vivenciados com clareza na sociedade, não são comentados, investigados e apresentados da mesma maneira que se pode observar em campanhas de conscientização da população para com outras doenças e comorbidades (ROSKOSZ; CHAVES; SOCZEK, 2017, p. 4 apud BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011).

Os índices de suicídios realizados estão distribuídos de forma desigual pelo mundo. Sexo, idade, cultura e etnia possui forte importância na epidemiologia do suicídio. De acordo com a OMS (2014), está entre as 10 principais causas de morte no mundo, sendo um dos principais problemas de saúde pública devido ao seu crescimento significativo nas últimas décadas, atingindo, principalmente, jovens e jovens adultos. As taxas globais salientam duas faixas etárias de vulnerabilidade: de 15 a 35 anos e a de 75 anos ou mais. Para Minayo (2016), vários elementos se vêm associados ao risco de suicídio, como doenças físicas incapacitantes, enfermidades mentais, abuso de álcool e outras drogas, problemas familiares e socioeconômicos. Os fatores, durante a infância e a adolescência, mais relevantes são os abusos físicos e sexuais e problemas com a orientação sexual. Entre os jovens, os maiores motivos são as dificuldades no relacionamento com os pais, solidão e brigas em relacionamentos (BAHIA et al, 2017).

De acordo com a OMS (2006), os indivíduos suicidas sofrem constantemente com maiores problemas sociais e ambientais do que as demais pessoas, que não apresentam comportamento suicida, tendo incluso: histórico de abuso, questões culturais, dificuldades de relação interpessoal, problemas familiares e exposição a situações de estresse.

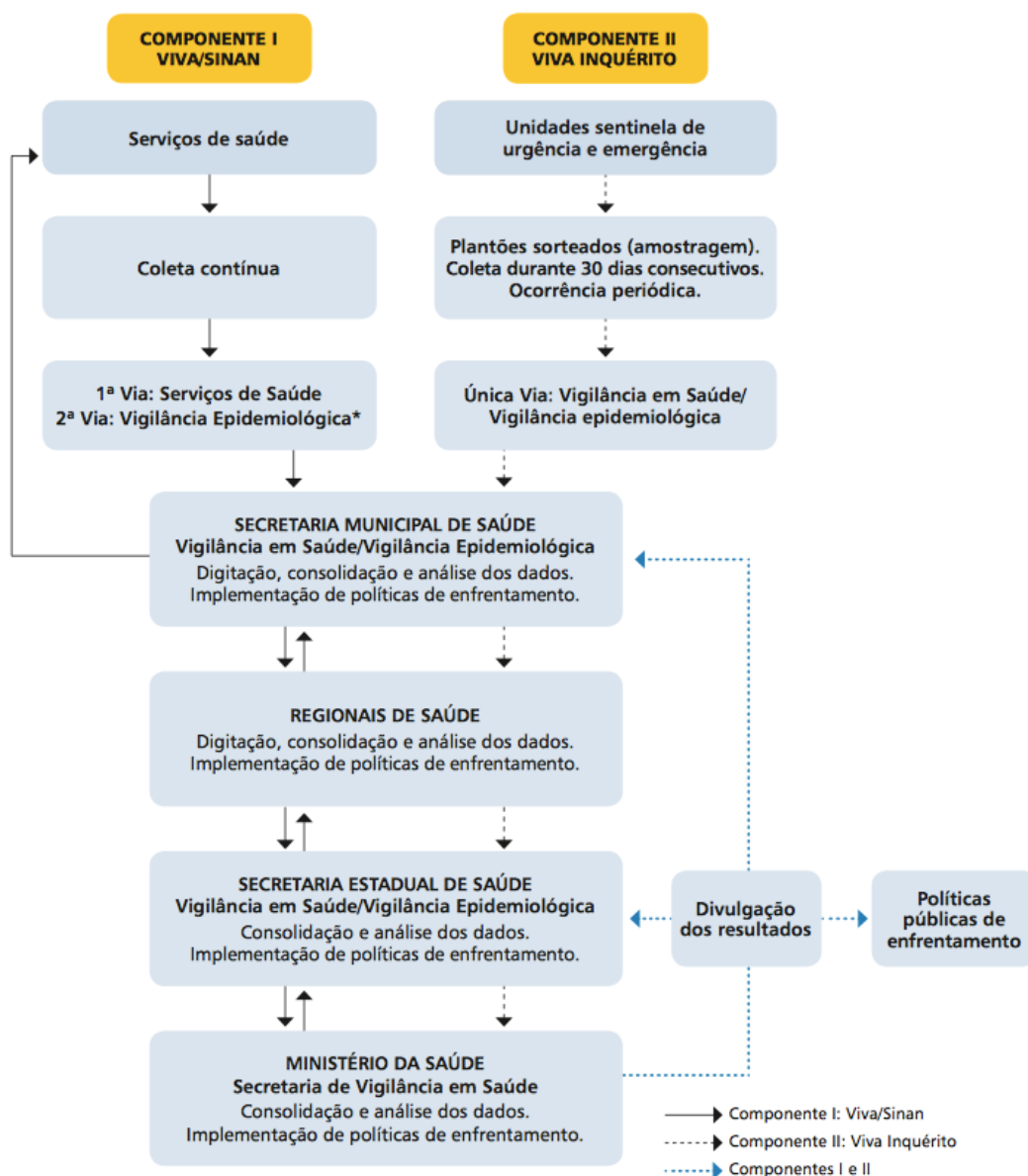
Entre os adolescentes de 16 anos e mais velhos, o álcool e o abuso de substâncias aumentam significativamente o risco de suicídio em tempos de sofrimento. Perturbações do humor e da ansiedade, fugir de casa, e o sentimento de desespero também aumentam o risco de tentativas de suicídio. As tentativas de suicídio de adolescentes estão muitas vezes associadas a experiências de vida humilhantes, tais como fracasso na escola ou no trabalho ou conflitos interpessoais com um parceiro romântico. O diagnóstico de perturbação da personalidade está associado com 10 vezes mais suicídios do que entre aqueles que não apresentam diagnóstico, enquanto que, tantos quanto 80% dos adolescentes que se matam poderiam ter sido diagnosticados com perturbações do comportamento, perturbação de stress pós- traumático, ou sintomas violentos e agressivos. (OMS, 2006; p.8)

2.3 Ficha de Notificação de Violência (SINAN)

O sistema VIVA foi implementado em 2006 com o objetivo de coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes, a fim de subsidiar políticas públicas em saúde e de outros setores direcionadas a estas ocorrências, buscando apurar a vigilância, prevenção e promoção de uma cultura de paz.

O VIVA possui dois constituintes, o primeiro: o Viva Contínuo (Sinan), que é formado pela vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou de outras violências interpessoais e autoprovocadas; e o segundo: o Viva Inquérito (sentinela), que ocorre sob a modalidade de inquérito em serviços sentinelas de urgência e emergência de municípios selecionados, no qual são levantadas informações sobre violências e acidentes atendidos nestes serviços. (Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017)

Figura 1:



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva).

O SINAN utiliza como recurso o preenchimento de fichas de notificação individual (Anexo), para inteirar as ocorrências de violência. A Ficha de Notificação de Violência é um instrumental utilizado para notificar qualquer tipo de violência encontrado nas Instituições de Saúde, e qualquer profissional pode realizar a notificação. A Ficha é encaminhada para o órgão responsável para análise quantitativa objetivando a criação de novas Políticas Públicas contra violência.

Seu fluxograma consiste em:

- atendimento do paciente na unidade de saúde;
- apuração pelo profissional de saúde de uma suspeita ou confirmação de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT e preenchimento da ficha;
- encaminhamento da ficha de notificação à chefia imediata do profissional responsável pelo atendimento. No caso do IHBDF, são dirigidas para o serviço social (caso o preenchimento não esteja correto, a ficha volta para a chefia imediata, e retornada ao profissional que a preencheu, o qual executa as devidas correções e assim, repete o mesmo caminho até chegar ao serviço social novamente);
- com o seu preenchimento correto o serviço social passa o conteúdo para um programa de tabulação de dados e estatísticas (Google Forms) e a ficha é encaminhada para o núcleo de vigilância epidemiológica da coordenação de saúde;
- por fim, se necessário, é comunicado aos órgãos de defesa de direitos e/ou responsabilização. (VIVA Sinan – SVS/MS, 2017)

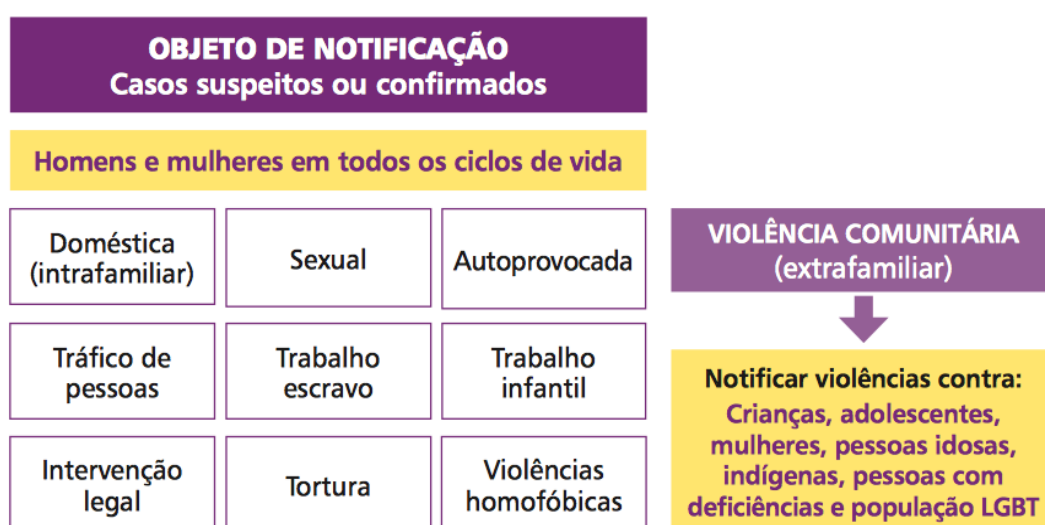
A nota instrutiva no VIVA, publicado em 2016 pelo MS, faz diversas orientações a respeito da ficha de notificação, dentre elas, que a ficha de notificação individual seja estruturada em 10 blocos, sendo eles: Dados Gerais, Notificação Individual, Dados de Residência, Dados da Pessoa Atendida, Dados da Ocorrência, Violência, Violência Sexual, Dados do Provável Autor da violência, Encaminhamento e Dados finais, além de campos destinados para informações complementares e observações.

O objeto da notificação são dos casos de violência doméstica contra mulheres e homens em todos os ciclos de vida (independente da natureza da violência: física, psicológica/moral, sexual e negligência/abandono); sexual: contra mulheres e homens em todas os ciclos de vida; tráfico de pessoas: contra mulheres e homens em todos os

ciclos de vida; tortura: contra mulheres e homens em todos os ciclos de vida; intervenção por agente legal: contra mulheres e homens em todos os ciclos de vida; autoprovocada: contra mulheres e homens em todos os ciclos de vida; e outras violências interpessoais e violências urbanas: contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas (situação definidas por lei). (Secretaria de Vigilância em Saúde – MS, 2013)

As fichas são individuais, caso um evento violento envolver mais de uma vítima, para cada uma das vítimas deverá ser preenchida uma ficha de notificação individual. A notificação individual de violência interpessoal e autoprovocada torna-se compulsória apenas nos casos em que as vítimas são crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas. O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes incluiu também os(as) indígenas, as pessoas com deficiência e a população LGBT, considerando a maior vulnerabilidade desses grupos.

Figura 2:



Fonte: Viva Sinan/SVS/MS.

De acordo com a nota instrutiva do VIVA, as orientações de preenchimento dos campos da ficha de notificação são:

- Campo de preenchimento obrigatório: é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação no SINAN.

- Campo essencial: é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.
- Campo chave: é aquele que identifica o registro no sistema.

A partir do preenchimento da ficha no setor de saúde é possível encaminhar o indivíduo para demais setores de acordo com a necessidade indentificada pelo profissional que o atendeu, como: delegacias, conselho tutelar, redes de proteção especializadas, defensoria pública, dentre outros.

Os estudos com as bases de dados SIM e SINAN são importantes para termos uma visão geral da qualidade desses sistemas quanto à clareza metodológica da documentação e consistência dos dados recebidos nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), além de poder verificar se há subnotificação em alguns destes SIS para o evento suicídio. Lembrando que a finalidade maior desses sistemas é gerar informação oportuna para a tomada de decisões em saúde pública. (Ribeiro et al, 2018; p. 3)

3. ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo apresenta a análise dos dados por meio de gráficos das fichas de notificação de violência, com foco na violência autoprovocada em jovens. Os dados obtidos foram analisados pelas fichas do período de janeiro de 2017 a maio de 2018 no IHBDF. Os gráficos se encontram separados em sessões de acordo com as divisões das fichas de notificação de violência.

Segundo Riberio e Moreira (2018) ao comparar os dados brasileiros com as demais nações, é possível perceber que as taxas nacionais de suicídio não se destacam entre as mais elevadas do mundo, apesar de seu constante crescimento anual. No entanto, é notório o destaque dado em relação ao crescimento entre as populações mais jovens em elevada escala. De acordo com o MS, em 2016, foram registrados 845 suicídios de adolescentes no Brasil, representando 8% dos casos de suicídio no país, que naquele ano totalizaram em 10.575. O número de mortes de jovens por suicídio, apesar de não ser considerado o maior, é ainda sim um grave problema de saúde dessa faixa etária, pois o suicídio é apontado como a segunda maior causa de mortes entre jovens, de acordo com a OMS.

A média brasileira é de 6 a 7 mortes por 100 mil habitantes [...]. Mas o que preocupa é que, enquanto a média mundial permanece estável, esse número tem crescido no Brasil. E o maior aumento de suicídios é registrado entre jovens de 15 a 25 anos. (MS/CVV - Falando Abertamente, 2017, p.1)

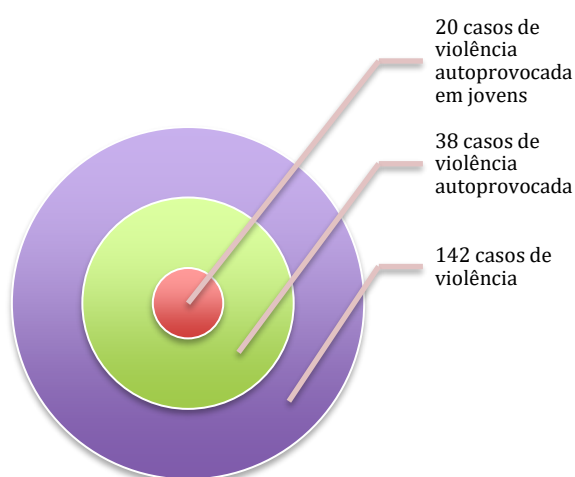
Com base nos dados do censo de 2016 da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan) a faixa etária classificada como jovem representa cerca de 700 mil pessoas (24,1%) dos 2,9 milhões de habitantes de Brasília.

Segundo a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, em 2018, 804 pessoas tentaram cometer suicídio no Distrito Federal, no qual, 41 resultaram em mortes. Sem contar os casos que são subnotificados e os sub-registro, além das violências autoprovocadas que são encobertas e caracterizadas com outras denominações de causas, tais como: acidente automobilístico, queda acidental, afogamento, envenenamento acidental, “morte de causa indeterminada”, dentre outros (Gotsens et al., 2011). Dos 142 atendimentos realizados em casos de violência, registrados no IHBDF no período de janeiro de 2017 a maio de 2018, 38 (26,76%) foram de lesões

autoprovocadas, dentre esses, 20 foram em jovens, representando um total de 52,63%.

Os dados acerca da mortalidade por suicídio no Brasil provêm de informações constantes de atestados de óbitos apurados pelo Sistema de Informação de Mortalidade - SIM do MS. Esses dados costumam estar subestimados. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ao comparar suas projeções demográficas com o total de óbitos registrados nos cartórios brasileiros, estima que 15,6% dos óbitos não foram registrados em cartório (sub-registro). Em relação às estatísticas do Ministério da Saúde, o IBGE calcula que 13,7% dos óbitos ocorridos em hospitais, no mesmo ano, podem não ter sido notificados (subnotificação). (IBGE, 2006, p.1)

Gráfico 1 - Número de violências registradas no IHBDF



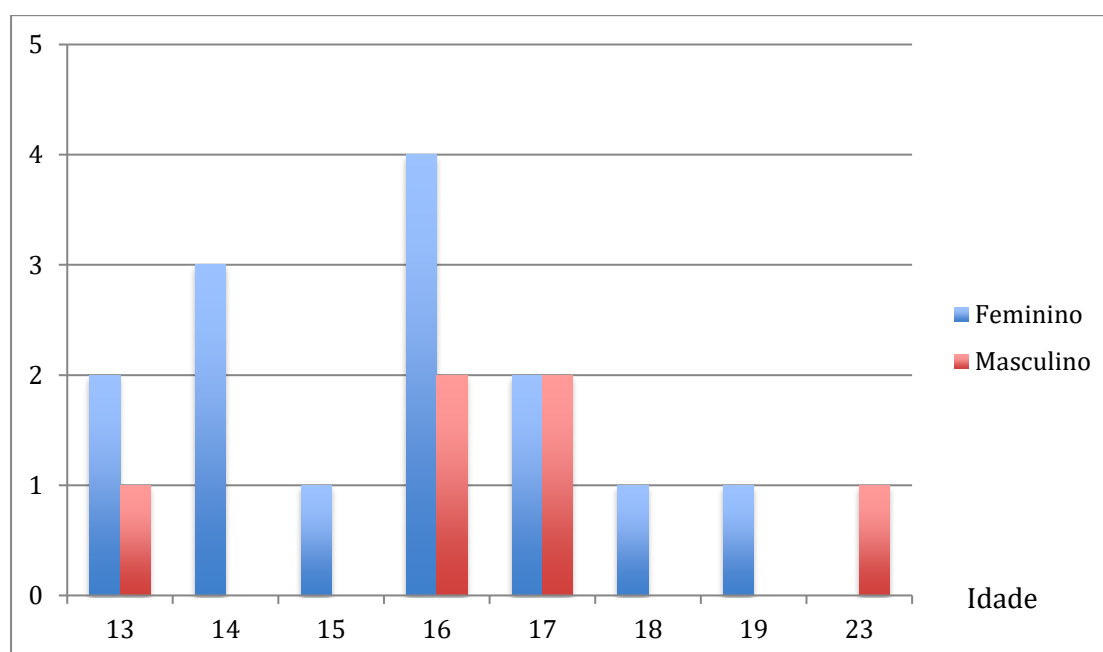
Fonte: Serviço Social do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – 2017/2018. Elaboração própria.

O maior número de atendimentos ocorreu voltado aos jovens de 13 a 23 anos (%). A faixa etária mais acometida no sexo masculino foi de 16 a 17 anos (%), seguidas de 13 e 23 anos (%). No sexo feminino, a maior proporção de atendimentos incluiu jovens de 14 a 16 anos (%), seguidas das de 13 a 17 anos (%) e de 15, 18 e 19 anos (%).

De acordo com a OMS, o suicídio representa a segunda maior causa de mortes de jovens de 15 a 29 anos. No Brasil, a taxa de mortalidade de jovens entre 15 e 29 anos é alta, e por suicídio é a quarta maior causa das fatalidades, sendo entre homens a terceira e entre mulheres a oitava, de acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, de 2017 (CVV, Boletim epidemiológico, 2017). Isto se encontra,

muitas vezes, relacionado ao fato de que a fase da adolescência é marcada por um período de desenvolvimento e transição, refletindo em alterações físicas, psíquicas e sociais, onde as relações seguem, muitas vezes, acompanhadas de conflitos, dúvidas e angústias. Com isso, a ideação suicida na adolescência pode ser subestimada com relação ao comportamento autodestrutivo, a mudança e a construção dos ideais de vida.

Gráfico 2 - Quantidade por idade e sexo das vítimas



Fonte: Serviço Social do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – 2017/2018. Elaboração própria.

De acordo com o SINAN (BRASIL, 2011-2016) a maioria das tentativas de suicídio é entre mulheres no Brasil, dentre 48.204 tentativas de suicídio registradas 69% foram entre mulheres e 31% entre homens, sendo, também, as mais reincidentes nas tentativas. Cerca de 31,3% das mulheres já tentaram suicídio mais de uma vez enquanto os homens seguem com um número de reincidência menor (26,5%). Nessas tentativas, cerca de 57,6% foram por envenenamento/intoxicação, 6,5% por objetos perfuro-cortantes e 5,8% por enforcamento.

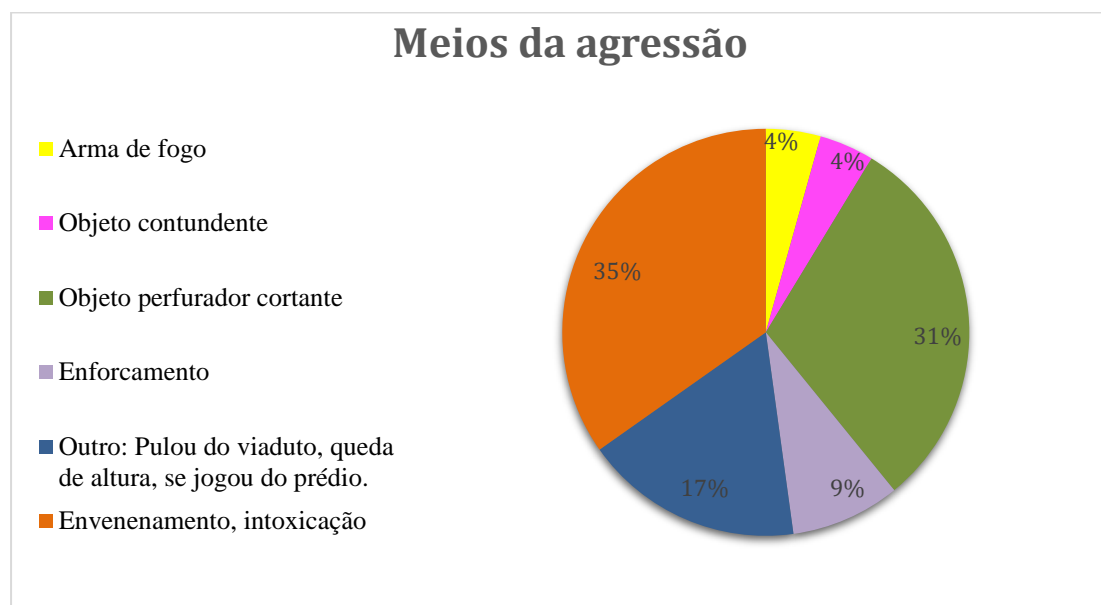
Embora as tentativas de suicídio entre mulheres supere a dos homens, a taxa de mortalidade de homens por suicídio é 3,6 vezes maior. De cerca das 62.804 mortes por suicídio 79% são representadas por homens e 21% por mulheres, desse total, 62%

das mortes por meio de enforcamento (SIM- BRASIL, 2011-2016). Esse perfil dá-se pelo fato que os homens buscam e utilizam de meios mais violentos e que, conseqüentemente, são métodos mais eficazes do que as mulheres que, geralmente, utilizam de meios menos agressivos.

Os meios mais frequentemente utilizados para o acometimento do suicídio variam segundo a cultura e o acesso que se tem a eles, assim como gênero e faixa etária, dentre outros fatores, interferem diretamente no perfil dos dados. De modo geral, os índices mundiais apontam o enforcamento como o método mais utilizado para o acometimento do suicídio e suas tentativas. Entre os gêneros, as mulheres buscam mais por envenenamento e superdosagem de medicações, já os homens, tendem a utilizar armas de fogo, arremessar-se de locais de grande altura e enforcamento.

Mesmo que no Brasil a maior parte dos suicidas empregue preferivelmente o enforcamento, em uma escala maior, a prevalência de suicídios, para ambos o sexo, é concluída através da ingestão de produtos tóxicos, especificamente os produtos agrícolas. Em geral, o envenenamento é unanimemente empregado preferentemente por mulheres. Já em diversos países, os homens utilizam mais armas de fogo, como na Austrália, Estados Unidos da América e Suíça. Alguns métodos utilizados advêm de grandes particularidades culturais, como arremessar-se de lugares altos, em Hong Kong; atear fogo no corpo, na Índia (principalmente as mulheres) e intoxicar-se com gases de escapamento de motores a explosão, na Inglaterra e Austrália. (CRUZ; CAMARGO, 2017, p.15 apud BERTOLOTE, 2010).

Gráfico 3 – Meios da agressão



Fonte: Serviço Social do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – 2017/2018. Elaboração própria.

Os meios utilizados para o acometimento da violência autoprovocada deu-se, principalmente, por envenenamento/intoxicação (35%), seguido pela utilização de objetos pérforocortantes (31%), pulo de viaduto/queda de altura (17%), enforcamento (9%), arma de fogo (4%) e objeto contundente (4%). Em geral, é notório que os jovens, principalmente os mais novos, busquem meios menos violentos e utilizam de forma que não sejam letais. Isso leva a um aumento da reincidência do fato, devido a taxa de êxito.

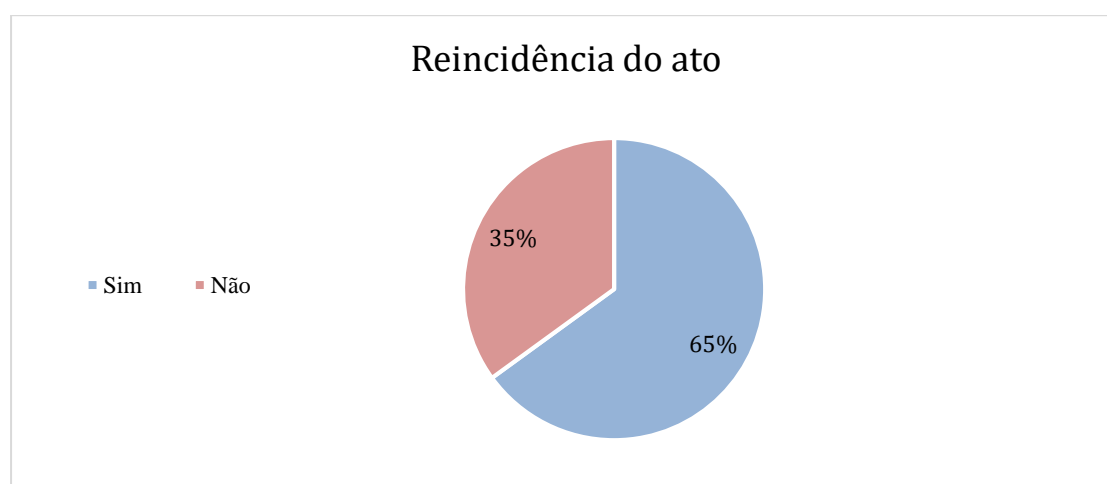
Observações retiradas na íntegra das fichas de notificação (anônimo) dos jovens vítimas de violência autoprovocada:

“Paciente de 13 anos ingeriu “chumbinho”. Tentativa de autoextermínio.”,
 “Paciente ingeriu alta dosagem de medicamentos com o objetivo de autoextermínio. Permanece internada.”, “Paciente tentou suicídio, ingeriu veneno para ratos. Mora com a mãe e uma irmã.”, “Segundo entrevista com a mãe, a adolescente vinha sofrendo com insônia há cerca de duas semanas, desde a morte, de causas naturais, de um “amigo” da mesma escola. A paciente diz ter ouvido a voz do amigo que sugeriu que ela se cortasse usando uma gillette. Foi socorrida pela mãe que a levou ao posto de saúde, onde o SAMU foi acionado, e a encaminhou a unidade de saúde.”, “Adolescente se atirou do alto do prédio em que mora. Está acompanhado pela mãe e continua em estado grave.” (Fonte: observações das fichas de notificação de violência retiradas na íntegra, anônimo).

Segundo Botega (2014), o índice de letalidade dos métodos utilizados para cometer o ato deve ser apontado de acordo com um possível resgate e um tratamento viável das pessoas que tentam tirar a própria vida. Em caso da utilização de pesticidas, em área rural desprovida de serviço médico, o risco de morte torna-se maior, enquanto nas áreas urbanas, como o socorro médico pode ser feito com agilidade e qualidade as chances de salvamento são maiores.

Nos registros oficiais, há elevada taxa de indefinição dos meios utilizados para o suicídio, o que prejudica a qualidade dos dados. Esse é um quesito que necessita ser aprimorado nos registros de morte, pois as informações sobre métodos de suicídio são importantes para a elaboração de estratégias de prevenção. A redução de acesso a métodos letais (no caso do Brasil, principalmente a armas de fogo e pesticidas) ocupa papel de destaque entre as recomendações da OMS para a prevenção do suicídio. (BOTEGA, 2014, p.233)

Gráfico 4 – Reincidência do ato



Fonte: Serviço Social do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – 2017/2018. Elaboração própria.

Cerca de 65% dos casos notificados de violência autoprovocada tem histórico de tentativas anteriores. Segundo a OMS (2006), o risco de reincidência das tentativas de suicídio é maior durante o primeiro ano que se segue a uma tentativa e, após a primeira, é estimado que o risco de concretização do suicídio aumente em cerca de cem vezes, sendo o principal fator de risco para uma futura efetivação do mesmo.

Tentativas de suicídio anteriores aumentam o risco de suicídio. Além disso, os factores de risco mais importantes incluem a ideação persistente sobre fazer-se mal e planos definidos e preparações para cometer suicídio.

Portanto, os maiores riscos apresentam-se quando um indivíduo tem os meios, a oportunidade, um plano específico para consumir o suicídio, e a falta de algo ou alguém que o detenha. (OMS, 2006, p.6)

Ainda de acordo com a OMS, um indivíduo a cada 40 segundos tira sua própria vida, cerca de 800.000 mil pessoas morrem por ano vítimas de suicídio. Apesar do número elevado de atos concretizados, as tentativas de suicídio são ainda bem mais frequentes, estima-se que, para cada adulto que foi a óbito por suicídio, há, por volta de, 20 indivíduos tentando o autoextermínio (BRASIL, 2016). Segundo Botega et al (2009) e dados do censo do IBGE (2003), a cada 3 pessoas que cometem tentativa de suicídio, apenas 1 é levada a centro de atendimento à vítima, onde é notificada, chegando a conhecimento geral estatísticas não correspondentes com a veracidade dos fatos. Sem contar com as ideações suicidas e tentativas e/ou suicídio, não registrados como tais. *“Em uma sala com 30 pessoas, 5 delas já pensaram em suicídio”* (CVV, 2017, p.1).

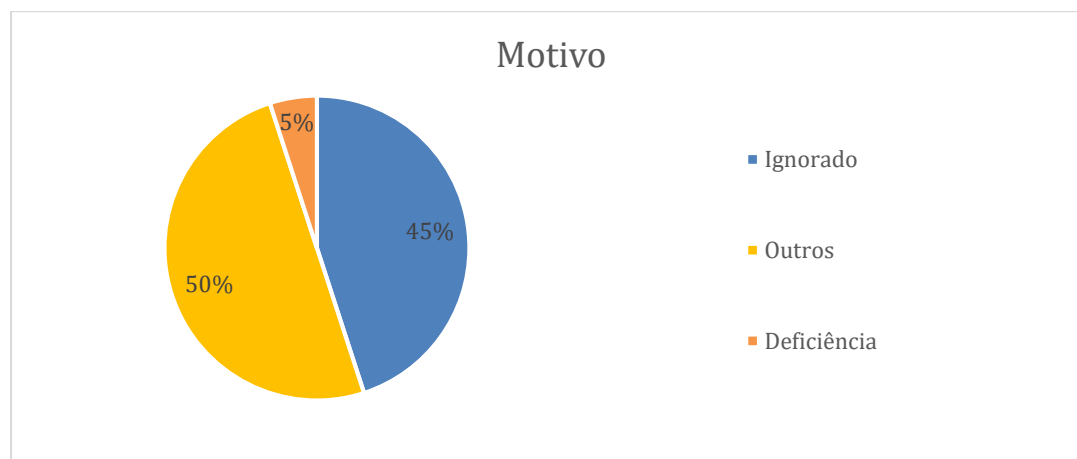
Conforme a OMS (2006), a cada 10 suicídio cometidos, 9 poderiam ser evitados, desde que houvessem os meios para prevenir essas ações. Devido à complexidade do tema e por ser considerado tabu, evitar falar sobre é algo comum, pois as pessoas fogem do assunto e, por medo ou desconhecimento, acabam por não ver sinais de que uma pessoa próxima está com ideias suicidas. O que não deveria acontecer, já que é um problema que atingiu tal relevância ao ser tratado como caso de saúde pública. Com a comunicação adequada, é possível falar sem promover ajudando em sua prevenção.

Refletir sobre Suicídio é também analisar porque este fenômeno tem sido silenciado ao longo dos anos pela sociedade, autoridades responsáveis, profissionais de saúde e familiares, escondendo, assim, um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BOTEGA, 2002 apud BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011 p. 235).

Dentre os vários “mitos” acerca do suicídio, um dos mais comuns é que a pessoa que tem a intenção de tirar a própria vida não avisa, não demonstra sinais. Apesar de não haver um “estilo geral” que indique indivíduos com intenções suicidas, há sinais considerados de alerta segundo a OMS (2006), tais como: falta de interesse pelo próprio bem-estar; mudanças em padrões de comportamento social, declínio da produtividade no trabalho ou do sucesso escolar; alterações nos padrões de sono e de alimentação; tentativas de pôr os assuntos pessoais em ordem ou de fazer as pazes com outros; interesse fora do comum em como os outros se sentem; preocupação com temas de

morte e violência; súbita melhoria no humor depois de um período de depressão; e promiscuidade súbita ou aumentada (OMS, 2006, p.6).

Gráfico 5 – Motivo do ato de violência



Fonte: Serviço Social do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – 2017/2018. Elaboração própria.

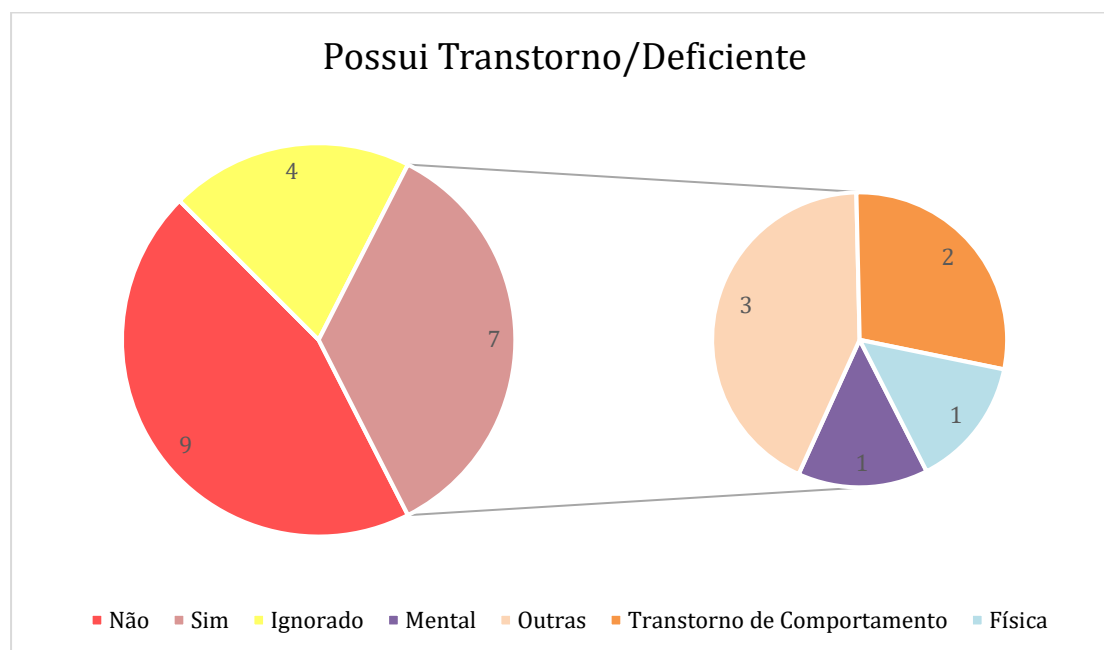
As fichas de notificação de violência são preenchidas conforme a vítima ou o responsável descrever a situação, no tópico “motivo”. Em casos de violência autoprovocada, é notório uma dificuldade para identificar as verdadeiras causas que levaram à pessoa a cometer a violência autoprovocada. Segundo Ribeiro (2003), as causas e respostas aos questionamentos levantados acerca dos porquês que levam ao ato são complexas e se encontram, recorrentemente, presentes em discussões entre pesquisadores do assunto. Motivos preenchidos como “outros” e “ignorado” correspondem a 95% dos casos, enquanto 5% foi apontado “deficiência” como motivo da realização da violência. Isso mostra como o preenchimento correto das fichas impacta diretamente no perfil dos casos notificados.

Os fatores associados aos comportamentos suicida podem ser provenientes de diversas particularidades, incluindo: transtornos mentais, características pessoais, familiares e sociais (MOREIRA; BASTOS, 2015). Segundo Moreira e Bastos, dentre os fatores, os que mais sobressaem entre jovens destacam-se: depressão, ansiedade, baixa autoestima, solidão, tristeza desesperança, preocupação, agressão por parte de pais e amigos, relacionamento com a família e amigos, abusos físicos e sexuais, uso de substâncias e pessoa conhecida com tentativa de suicídio.

De acordo com a OMS (2000), motivos socioculturais econômicos e políticos, de cada país, devem ser levados em consideração, pois podem notificar a causa de mortes tidas como desconhecidas. O CVV em sua cartilha de prevenção do suicídio (2016), aponta os transtornos mentais com diagnósticos tardios, tratamentos equivocados ou sem a intervenção do profissional especializado como principal fator causador dos suicídios. Como segundo fator principal de risco é o uso e o abuso de álcool e outras drogas (lícitas e ilícitas).

Os transtornos mentais mais comumente associados ao suicídio são: depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. Esquizofrenia e certas características de personalidade também são importantes fatores de risco. A situação de risco é agravada quando mais de uma dessas condições combinam-se, como, por exemplo, depressão e alcoolismo; ou ainda, a coexistência de depressão, ansiedade e agitação (BOTEGA, 2014, p. 232 apud Bertolote & Fleischmann, 2002).

Sabendo de tal complexidade dos comportamentos suicidas e os elementos que abragem, segundo Teixeira (2010), pode ser decorrente de múltiplos fatores, tais como experiências traumáticas, acontecimentos marcantes ao longo da vida, doenças crônicas, abuso de álcool e outras drogas, e ao se tratar de jovens, segundo a OMS (2006), em 90% dos casos de suicídio e suas tentativas, *“foi identificado como causa algum tipo de sendo os diagnósticos mais comuns as perturbações do humor, perturbações da ansiedade, abuso de substâncias, e perturbações comportamentais do funcionamento social.”* (OMS, 2006, p.5).

Gráfico 6 – Possui transtorno/deficiência

Fonte: Serviço Social do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – 2017/2018. Elaboração própria.

Em relação aos principal fator, os transtornos/deficiência, das violências autoprovocadas, segundo a OMS (2006) e o CVV (2016), dos 20 casos notificados, de violência autoprovocada, 9 deles (45%) foram declarados pela vítima ou responsável, onde se atestou não possuir algum tipo de transtorno ou deficiência; 7 deles (35%) declarados possuintes de algum transtorno/deficiência; e 4 (20%) foram preenchidos como “ignorado”. Dentre os 7 preenchidos com “sim” (Gráfico 6), 3 (42,9%) não especificaram o transtorno, informando como “outros”; 2 (28,6%) possuíam transtorno de comportamento; 1 (14,3%) possuía deficiência física; e 1 (14,3%) possuía deficiência mental. Esses dados podem indicar em como o preenchimento correto e mais aprofundado das fichas pode impactar diferentemente no perfil dos casos, já que em sua grande maioria são informações pouco detalhadas.

Gráfico 7– Suspeita de uso de álcool



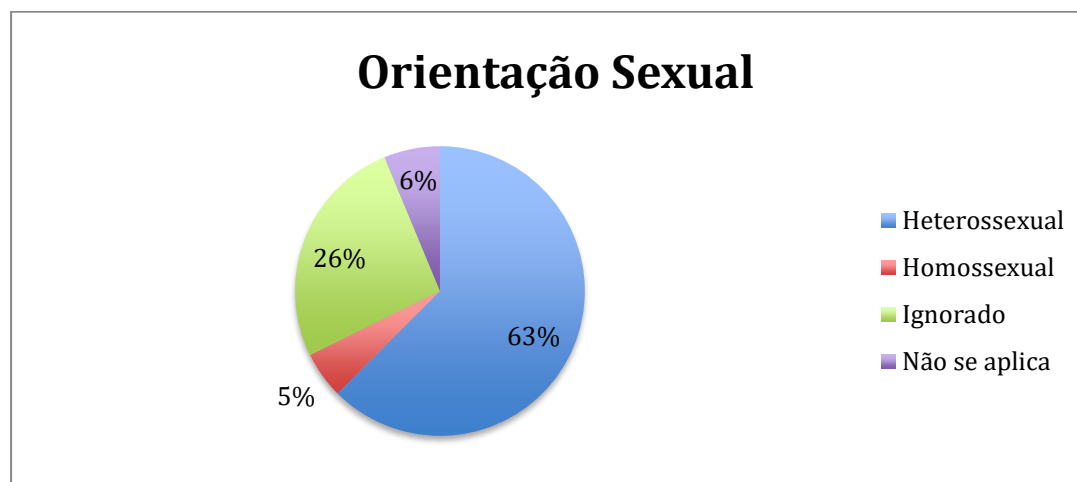
Fonte: Serviço Social do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – 2017/2018. Elaboração própria.

Segundo a OMS (2006) e o CVV (2016), em relação ao segundo fator tido como principal da ocorrência dos fatos, uso de álcool e outras drogas, dos 20 casos notificados 11 (55%) não estavam sobre efeito de álcool; 6 (30%) foram preenchidos como “ignorado”; e 3 (15%) estavam sob efeito de álcool durante o cometimento do ato de violência.

Segundo a psicóloga Cláudia Faria (2019), o alcoolismo e o uso de drogas favorece o risco de suicídio, o seu uso indica que o jovem não está conseguindo resolver conflitos interiores (por motivos internos ou externos), relacionado ao fato de que a fase da juventude é marcada por frequentes transições, refletindo em transformações físicas, psíquicas e sociais, nas quais as relações costumam seguir de conflitos, dúvidas e angústias, o que se intensificam ainda mais com o uso dessas substâncias entorpecentes. A atuação destas substâncias no cérebro modifica suas funções cerebrais, seu estado de consciência e seu pensamento, o que favorece o comportamento autodestrutivo.

“Segundo relato da entrevista com a mãe, a adolescente teve crises anteriores, faz uso de álcool e outras drogas, tanto lícitas como ilícitas. Envolvida em conflito com outras adolescentes, recebendo, inclusive, ameaças de morte.”; “Adolescente deu entrada na unidade de saúde, e neste momento está acompanhada pela mãe, Sra Maria. A genitora relata que a filha faz uso frequente de álcool e outras drogas e envolveu-se em conflito com outros adolescentes, recebendo, inclusive, ameaças de morte” (Fonte: observações das fichas de notificação de violência retiradas na íntegra, anônimo).

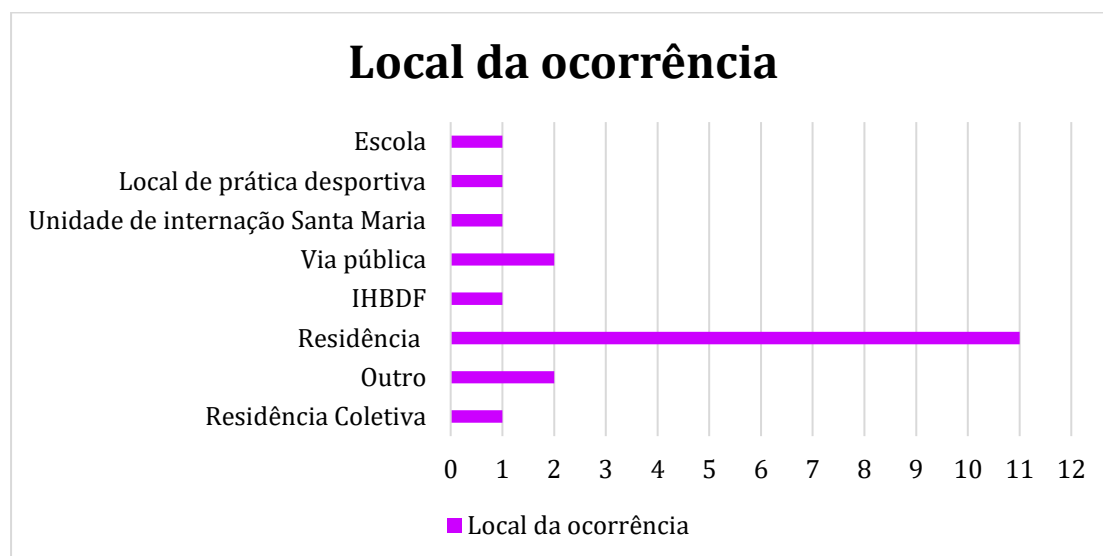
Gráfico 8 – Orientação sexual



Fonte: Serviço Social do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – 2017/2018. Elaboração própria.

Motivos relacionados a orientação sexual não foram apresentados nas fichas, tanto no tópico “motivos” quanto no tópico “observações”. Cerca de 63% dos jovens se declararam (ou foram declarados por seus responsáveis) como heterossexuais; 26% “ignorado”; 6% “não se aplica”; e 5% como homossexuais. Mostrando novamente uma lacuna nas formas de preenchimento das fichas, ressaltando a importância de identificar adequadamente as variáveis que se cruzam para a população vítima.

A juventude é marcada por um período de incertezas, constantes transformações e autoconhecimento/descobrimento. De acordo com Silva e Madeira (2014), as motivações para as tentativas de suicídio estão relacionadas ao universo jovem e suas particularidades. A maioria dos jovens, por não se sentirem reconhecidos, ouvidos, aceitos, sofrerem bullying ou por suas dificuldades de se expressar e interagir, procuram, por meio destes atos, a atenção que lhes falta por parte da família e da sociedade. Atos estes que são instigados pela impulsividade, muitas vezes, representando um pedido de ajuda.

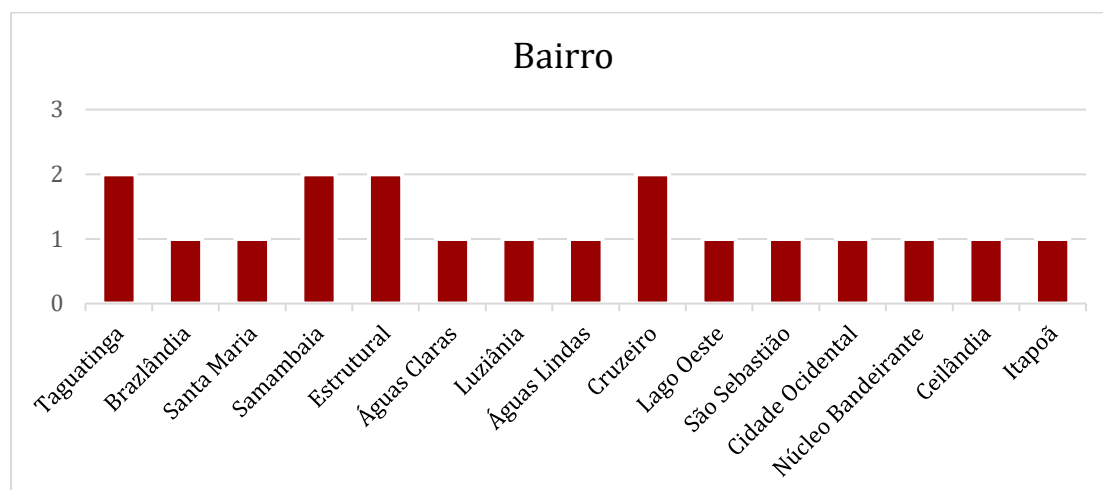
Gráfico 9 - Local da ocorrência

Fonte: Serviço Social do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – 2017/2018. Elaboração própria.

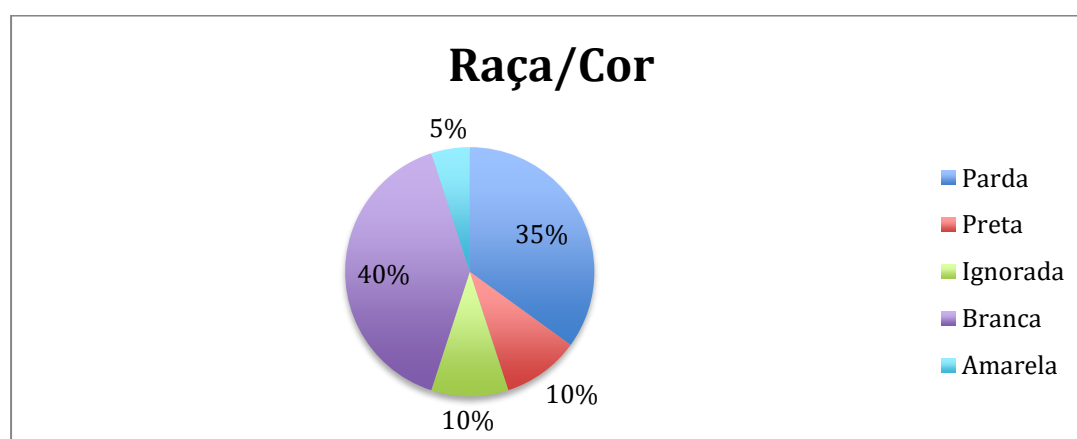
As lesões autoprovocadas aconteceram predominantemente em domicílio (60%), seguido por ocorrências em unidades hospitalares (10%), via pública (10%) e “outro” (10%), e em menor incidência em escola (5%), local de prática desportiva (5%).

“Paciente com histórico de depressão e de violência. Em 23/03 tentou autoextermínio ingerindo um excesso de psicotrópicos (receitados) no ambiente hospitalar. Há histórico de tentativa anterior em domicílio.”
(Fonte: observações das fichas de notificação de violência retiradas na íntegra, anônimo).

Segundo Ribeiro et al. (2018), a escolha do local, em sua maioria, é a residência podendo ser devido à facilidade de acesso aos meios que favorecem o ato em questão, como pela intoxicação por medicamentos e substâncias, e mais propício para a consumação do enforcamento. Fato esse que não indica que foi o principal meio causador de óbitos, mas sim que necessita de maior atenção pelos serviços de saúde e familiares, principalmente se tratando de jovens.

Gráfico 10 – Local de residência DF/GO

Fonte: Serviço Social do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – 2017/2018. Elaboração própria.

Gráfico 11 – Raça/ Cor das vítimas

Fonte: Serviço Social do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – 2017/2018. Elaboração própria.

Quanto à raça/cor, a negra (parda e preta) foi a mais acometida (45%), seguidos por branca (40%), ignorado (10%), e amarelo (5%).

No DF, os dados pertinentes à raça/cor por faixa de idade da juventude indicam a predominância da cor parda para todas as faixas etárias, entre 57,8% e 52,3%, seguida da cor branca com o intervalo de 41,2% e 35,8% e da cor preta com a participação percentual nos limites de 6,5% e 6,0%. Quanto à raça/cor indígena e amarela, são de menor representatividades (DIPOS/Codeplan, 2016).

Para Silva e Madeira (2014), o suicídio entre jovens torna-se um fato alarmante, devido as suas manifestações numéricas e pelos impactos psíquicos e

econômicos provocados no meio de instituições como a família, o sistema de saúde e a sociedade.

A organização do modo de produção capitalista contemporâneo gera na população um profundo adoecimento mental, levando ao alto crescimento do nível de suicídios. A juventude é marcada principalmente pela introdução na escolarização e na introdução no mercado de trabalho. Nessa faixa etária, a tomada de decisões sobre qual profissão seguir, as situações de desemprego e a precariedade do mundo de trabalho se tornam mais visíveis e presentes no cotidiano destes jovens. Fatos esses que contribuem com suas inseguranças e preocupações assim como o surgimento ou a intensificação de uma saúde mental fragilizada, aumentando, assim, as chances da ocorrência de suicídio e suas tentativas.

Segundo Silva e Madeira (2014), em relação à cobertura de dados sobre suicídio pelo SIM e SINAN foi observado que o SIM capta melhor o óbito por suicídio do que o SINAN, isso dá-se, principalmente, pelo fato dos dados encontrados por meio do SINAN provierem das tentativas de suicídio que necessitaram de atendimento em unidades de saúde/hospitalar, tendo como conclusão o óbito ou alta hospitalar. Há casos em que, mesmo passando por unidades de saúde/hospitais, não são notificados no SINAN por priorizarem os atendimentos às vítimas, deixando o preenchimento da ficha em segundo plano; o despreparo de funcionários para a realização da notificação e/ou a falta de conhecimento a respeito da importância do preenchimento adequado das fichas individuais de notificação para os sistemas de vigilância em saúde e de informação em saúde. Considera-se também o fato das tentativas resultantes em óbitos, ocorridos em domicílio, serem notificados diretamente para serviços que não sejam da saúde, onde não se realiza a notificação para o SINAN.

Os efeitos individuais e sociais do suicídio entre jovens no Brasil são analisados a partir dos casos registrados como lesões autoprovocadas intencionalmente. De acordo com Ribeiro e Moreira (2018), para o suicídio, diversos fatores influenciam na carência de registro, tais como os efeitos do estigma social e familiar, aspectos religiosos, sofrimento familiar decorrente de investigações, proteção relacionada a eventuais indenizações e processos legais e outras questões de caráter social. É importante ressaltar que os problemas da falta de registros completos é um grande obstáculo para criação de políticas específicas de prevenção direcionadas ao público mais vulnerável.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência autoprovoçada, como uma vertente do tema violência, é problema de saúde pública, o que torna sua notificação fundamental para a vigilância epidemiológica e para a definição de políticas públicas de prevenção e promoção de saúde. A ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovoçada é mais um meio que os gestores saúde pública encontraram de monitorar as violências atendidas nas redes de saúde para fins de vigilância epidemiológica, para isso, é necessário que os dados fornecidos para sua alimentação sejam dados reais e precisos, mostrando como seu uso sistemático torna-se importante e fundamental, assim como o preenchimento correto das fichas, que impacta diretamente no perfil dos casos.

Para a formulação e implementação de medidas de prevenção para redução das taxas de suicídio, torna-se importante identificar os indivíduos em risco, principalmente aqueles com histórico de tentativa de autoextermínio, e mais vulneráveis, aqueles com características suicidas. Com o intuito de evitar mortes, por meio de ações que visem a promoção e a prevenção em saúde, faz-se necessário rede de serviços que deve ser organizada para acolher a demanda, identificando fatores determinantes para o suicídio, e tentar previni-lo.

A partir dos dados obtidos por meio da análise das fichas, foi possível reforçar a complexidade do tema e a relevância da sua discussão, visto que os resultados apontam taxas cada vez mais preocupantes de tentativas de suicídio e suicídio entre jovens, devido à aspectos sociais, psicológicos, familiares, dentre outros fatores agravantes. Dessa forma, reforçando a necessidade da expansão de estudos e pesquisas sobre o suicídio que possam contribuir para o desenvolvimento de ações preventivas, a fim de disseminar informações e fornecer orientação para pacientes suicidas e seus familiares, com o intuito de minimizar os danos, e, também, a necessidade do preparo profissional das mais diversas áreas (como saúde, informação e imprensa, escolas, dentre outras), com relação ao tratar direta ou indiretamente com esses indivíduos vulneráveis.

REFERÊNCIAS

ASSIS. Secretaria Municipal da Saúde de Assis. Vigilância epidemiológica. Disponível em:

<<http://www.saude.assis.sp.gov.br/index.php/departamentos/vigilancia-epidemiologia>>. Acesso em: maio, 2018.

BOTEGA, Neury José. “Comportamento suicida: epidemiologia”, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Volume 25 número 3, Campinas, SP, Brasil 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231>>. Acesso em: maio, 2019.

BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266>. Acesso em: dezembro, 2018.

CEZAR, PK; ARPINI, DM. Notificação compulsória da violência como possível fator de proteção à infância e a adolescência, Rio de Janeiro, Vol. 13 Supl. 2 - Ago/Set, 2016. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=591>. Acesso em: maio, 2019.

DAOLIO, E. R.; SILVA, J. V. Os significados e os motivos do suicídio: as representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista, SP. Centro Universitário São Camilo - 2009;3(1):68-76. Disponível em: <<https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/68a76.pdf>>. Acesso em: maio, 2018.

DURKHEIM, Émile. O Suicídio: Estudo de Sociologia. Primeira Edição. Martins Fontes. São Paulo, 2000. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3952040/mod_resource/content/1/2000_Durkheim_O%20Suicidio%20-%20livro%20inteiro.pdf>. Acesso em: maio, 2018.

DURKHEIM, Èmile. Da divisão do trabalho social; As regras do método sociológico; O suicídio; As formas elementares da vida religiosa. São Paulo: Abril Cultural, 1983 (Os Pensadores).

Hospital de Base do Distrito Federal, Histórico. Disponível em: <<https://www.hospitaldebasedf.com.br>>. Acesso em: maio, 2018.

KRUG, E. G. et al. Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: World Health Organization, 2002. p. 380. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: abril, 2019.

MARX, Karl, “Sobre o suicídio”. São Paulo: Boitempo, 2006.

MINAYO, M. C. S., SOUZA, E. R, “A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica”. Rio de Janeiro, 31/03/2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a15v11s0>>. Acesso em: março, 2019.

MINAYO, Maria Cecília, “A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica”, Ciênc. saúde coletiva vol.11 suppl.0 Rio de Janeiro 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500015>. Acesso em: junho, 2019.

MINAYO, M. C.; TEIXEIRA, S. M. O.; MARTINS, J. C. O. “Tédio enquanto circunstância potencializadora de tentativas de suicídio na velhice”, Estudos de Psicologia, 21(1), janeiro a março de 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v21n1/1413-294X-epsic-21-01-0036.pdf>>. Acesso em: 2018.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 4, n.3, p. 513-531, nov. 1997.

. Ministério da Saúde. Prevenção ao Suicídio: Manual dirigido ao público em geral, 2017. Ministério da Saúde. Centro de Valorização à Vida. Disponível em: <<https://www.cvv.org.br/conheca-mais/>>. Acesso em: maio, 2018.

. Ministério da Saúde. Prevenção ao Suicídio: Manual à imprensa, 2017. Ministério da Saúde. Centro de Valorização à Vida. Disponível em: <<https://www.cvv.org.br/conheca-mais/>>. Acesso em: maio, 2018.

. Ministério da Saúde. Falar é a melhor solução, Setembro Amarelo. Disponível em: <<http://www.setembroamarelo.org.br>>. Acesso em: junho, 2018.

. Ministério da Saúde. Falando Abertamente sobre Suicídio, 2017. Centro de Valorização à Vida. 2017. Disponível em: <<https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Falando-Abertamente-CVV-2017.pdf>>. Acesso em: maio, 2018.

. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIVA: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília, 2015. 65 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_a_utoprovocada_2ed.pdf>. Acesso em: maio, 2018.

. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF, 2010. 91 p. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/consulta-publica/arquivos/1393133501.pdf>>. Acesso em: abril, 2019.

. Ministério da Saúde. Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan – Brasil, 2011, Volume 44 Número 9, 2013. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/11/BE-2013-44--9---VIVA-SINAN.pdf>> . Acesso em: maio, 2019.

. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. PNCQ. Disponível em: <http://www.pncq.org.br/uploads/2014/qualineWS/portaria_1271_6jun2014.pdf>. Acesso em: março, 2019.

. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual instrutivo de preenchimento. 2008. 34 p. Disponível em: <<https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Documentos%20Doencas%20Epidemicas/VIOLENCIASDOMESTICA-SEXUAL.pdf>>. Acesso em: março, 2019.

. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

MODELI, Lais. Suicídio: falar sobre o ato sem promovê-lo. São Paulo, 2017. BBC Brasil. Disponível em: < <https://www.bbc.com/portuguese/geral-39714347> >. Acesso em: junho, 2018.

MOREIRA, L. C. O.; BASTOS, P. R. H. O. “Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura”, Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP. Volume 19, Número 3, Setembro/Dezembro de 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v19n3/2175-3539-pee-19-03-00445.pdf>>. Acesso em: maio, 2019.

Organização Mundial Da Saúde (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10º Revisão. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2009. Vol. I.

Organização Mundial de Saúde, “PREVENÇÃO DO SUICÍDIO UM RECURSO PARA CONSELHEIROS”, Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias Substâncias, Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso Nervoso, Genebra, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf>. Acesso em: 2019.

Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília: OMS/Opas; 2002.

Organização Pan-americana de Saúde. Violência y Salud. Resolución no XIX. Washington D.C. : Opas; 1994.

RIBEIRO et al. Análise da Tendência Temporal do suicídio e de sistemas de inFormações em saúde em relação às Tentativas de suicídio. Texto Contexto Enferm, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e2110016.pdf>>. Acesso em: junho, 2019.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M.R. “Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil, Ciência & Saúde Coletiva, 23(9):2821-2834, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n9/1413-8123-csc-23-09-2821.pdf>>. Acessado em: abril, 2019.

SANTOS, J. V. T. A violência como dispositivo de excesso de poder. Soc. estado, Brasília, v. 10, n. 2, p. 281-298, 1996.

SILVA L. L. T.; MADEIRA, A. M. F. Tentativa de autoextermínio entre adolescentes e jovens: uma análise compreensiva. Rev Enf do Centro Oeste Mineiro. 2014 Sep-Dec; 3(4):1281-9.

Sistema de Informação de Agravos de Notificação, “A arte de cuidar”. Disponível em:<<https://artedecuidar.webnode.com.br/products/sistema%20nacional%20de%20agravos%20de%20notificação%20%28sinan%29/>>. Acesso em: junho, 2018.

TEIXEIRA, A. Ideação Suicida em Prostitutas de Rua. Tese de Mestrado em Medicina Legal. Universidade do Porto, Porto, 2010.

. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 9-42. (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 853340977x. Acesso em: abril, 2019.

World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014.

FIGURA 1: Disponível em: < <https://www.saude.se.gov.br/?p=1785>>. Acesso em: abril, 2019.

FIGURA 2: Disponível em: < <https://www.saude.se.gov.br/?p=1785>>. Acesso em: abril, 2019.

ANEXO: Disponível em: < http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Ficha_Viol_5_1_Final_15_06_15.pdf>. Acesso em: março, 2018.

ANEXOS

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/ença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
	4 UF		5 Município de notificação	
	6 Unidade Notificadora		7 Nome da Unidade Notificadora	
Notificação Individual	8 Unidade de Saúde		9 Data da ocorrência da violência	
	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade		13 Sexo	
	14 Gestante		15 Raça/Cor	
Dados de Residência	16 Escolaridade		17 Número do Cartão SUS	
	18 Nome da mãe		19 UF	
	20 Município de Residência		21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)	
Dados Complementares	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)	
	26 Geo campo 1		27 Geo campo 2	
	28 Ponto de Referência		29 CEP	
	30 (DDD) Telefone		31 Zona	
Dados da Pessoa Atendida	32 Pais (se residente fora do Brasil)		33 Nome Social	
	34 Ocupação		35 Situação conjugal / Estado civil	
	36 Orientação Sexual		37 Identidade de gênero	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39 Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno?	
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência	
	42 Distrito		43 Bairro	
	44 Logradouro (rua, avenida,...)		45 Número	
	46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3	
Dados da Ocorrência	48 Geo campo 4		49 Ponto de Referência	
	50 Zona		51 Hora da ocorrência	
	52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes?	
	54 A lesão foi autoprovocada?		55 Ocorreu outras vezes?	

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espantamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/Agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)		
Encaminhamento	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
	69 Data de encerramento		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136			
TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180			
Disque Direitos Humanos 100			
Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função	Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			